

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DE UMA POLITICA****COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE PRACTICES: THE CHALLENGES OF THE IMPLANTATION A POLICY****PRÁCTICAS INTEGRADAS Y COMPLEMENTARIAS: LOS DESAFÍOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA**

Luiz Carlos Brant<sup>1</sup>, Marilene Barros de Melo<sup>2</sup>, José Marcello Salles Giffoni<sup>3</sup>, Leonardo Torres Vasconcelos<sup>4</sup>

**RESUMO**

Diferentes modalidades terapêuticas não convencionais no ocidente têm conquistado espaço em diversos países, entre eles, o Brasil. A formulação da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) é expressão desse reconhecimento e a sua implementação, um desafio. A PNPIC estabelece entre suas diretrizes a necessidade da consolidação das práticas integrativas e complementares (PIC) no SUS. O presente artigo busca discutir os desafios teóricos, epistemológicos, metodológicos e da qualificação na implementação da PNPIC. Metodologicamente, é originário da pesquisa “Práticas Corporais da Medicina Tradicional

Chinesa: intervenções de Chi Kung e Tui-ná em uma Unidade Básica de Saúde”. Trata-se de uma pesquisa-ação cuja amostra compreendeu 80 indivíduos de uma Unidade Básica de Saúde. Constatamos que o desafio para a pesquisa estava relacionada com a comprovação da eficiência, eficácia e efetividade das PIC; suas indicações e contra-indicações; seus riscos, efeitos adversos, interações e a relação custo - benefício. No campo teórico e metodológico, o desafio estava centrado nas situações que favorecessem diálogos entre as PIC e as práticas biomédicas. Quanto à formação, o desafio era a absorção de diferentes categorias que atuassem interdisciplinariamente. Concluímos que a regulamentação da PNPIC constitui uma política fundamental de consolidação da integralidade. A superação dos desafios é condição indispensável para o fortalecimento da gestão, implementação e integração das PIC e para a sua coexistência com as

<sup>1</sup> Departamento de Enfermagem Aplicada. Área de Saúde Coletiva. E-mail: [brant.ufmg@gmail.com](mailto:brant.ufmg@gmail.com)

<sup>2</sup> Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. E-mail: [marilene.melo@esp.mg.gov.br](mailto:marilene.melo@esp.mg.gov.br)

<sup>3</sup> Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: [marcellogiffoni@gmail.com](mailto:marcellogiffoni@gmail.com)

<sup>4</sup> Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: [leotorresvasco@gmail.com](mailto:leotorresvasco@gmail.com)

práticas biomédicas. É possível ir ao encontro de uma epistemologia sustentada na complementaridade que privilegie diversas racionalidades e diferentes realidades no campo da saúde.

Descritores: Políticas Públicas de Saúde; Atenção à Saúde; Prestação Integrada de Cuidados de Saúde; Práticas Integrativas e Complementares.

#### SUMMARY

Different Non-conventional therapeutic modalities in the West have become increasingly more popular in several countries, among them Brazil. The formulation of The National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC) is an expression of this recognition and its implementation is a challenge. The PNPIC establishes between its guidelines the need for consolidation of complementary and integrative practices (PIC) in the SUS. This paper discusses the theoretical, epistemological, and methodological and expertise implementing PNPIC challenges. Methodologically, originates from the study "Body Practice of Traditional Chinese Medicine: Chi Kung and Tui -Na interventions in a basic health unit." This is an action research whose sample included 80 individuals of a Basic Health Unit. We

found that the challenge for the research was related to the proof of efficiency, efficacy and effectiveness of the PIC, its indications and contraindications; their risks, adverse effects, interactions and the relation cost - benefit. Theoretical and methodological field, the challenge was focused on situations that would promote dialogue between the PIC and biomedical practices. Regarding education, the challenge was the absorption of different categories that could act interdisciplinary. We conclude that the regulation of PNPIC is a fundamental policy of consolidation of integrality. Overcoming challenges is essential condition to strengthen the management, implementation and integration of PIC and its coexistence with biomedical practices condition. Is it possible to meet a sustained epistemology that privileges complementarities that privilege several different rationalities and realities in the health field.

Key words: Public Health Policies, Health Care, Integrated Care Delivery Health, Integrative and Complementary Practices.

#### RESUMEN

Diferentes modalidades terapéuticas no convencionales en Occidente se han vuelto cada vez más populares en varios

países, entre ellos el Brasil. La formulación de la Política Nacional de las Prácticas Integradas y Complementarias, PNPIC, es una expresión de este reconocimiento y su implementación es un desafío. El PNPIC establece entre sus directrices la necesidad de consolidación de las prácticas complementarias e integradoras (PIC) en el SUS. (Sistema Unificado de Salud) Este trabajo analiza los desafíos teóricos, epistemológicos, metodológicos de esta implementación. PNPIC. Metodológicamente, se origina a partir del estudio "Prácticas de la Administración de la Medicina Tradicional China: las intervenciones de Qigong y Tui -Na en una unidad básica de salud." Se trata de una investigación-acción cuya muestra incluyó a 80 individuos de una Unidad Básica de Salud y encontró que el desafío para la investigación estaba relacionada con la prueba de eficiencia, eficacia y efectividad de las PIC, sus indicaciones y contraindicaciones, sus riesgos, efectos adversos, interacciones y la relación costo - beneficio. En relación a la formación el desafío se centra en situaciones que promuevan el diálogo entre el PIC y las prácticas biomédicas. El desafío era la absorción de las diferentes categorías en las que la interdisciplinariedad actuó. Llegamos a

la conclusión de que la reglamentación de PNPIC es una política fundamental de la consolidación de la integralidad. La superación de los desafíos es esencial para fortalecer la gestión, la implementación y la integración de los PIC y su coexistencia con las prácticas biomédicas. Es posible ir al encuentro de una epistemología sostenido en la complementariedad y que privilegia varias racionalidades y realidades diferentes en el campo de la salud.

Descriptor: políticas de salud pública, la atención médica, Envíos entregados a los cuidados de la salud, Política Nacional de las Prácticas Integradas.

#### Introdução

A pluralidade de demandas e de necessidades originárias de uma ampla gama de sujeitos dirigidas ao campo da saúde tem exigido uma revisão das práticas atuais de cuidado cuja centralidade na racionalidade biomédica é perceptível.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1962, reconhece a existência de uma “medicina alternativa” como possibilidade aos que não tinham acesso às ações e serviços de saúde tradicionais. Na atualidade, a expressão “alternativa”, embora epistemologicamente não adequada, é estendida para o âmbito da atenção à saúde fundamentada em referenciais

não biomédicos, admitindo a viabilidade da co-existência dos saberes biomédicos e não biomédicos.

De acordo com o Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde<sup>1</sup> as diferentes modalidades terapêuticas não convencionais na esfera ocidental têm conquistado espaço em diversos países, como Brasil, Bolívia, China, Cuba, México e Itália. A formulação da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC<sup>2</sup> talvez seja a grande expressão deste reconhecimento no País e a sua implementação, o grande desafio.

Estas práticas alternativas – termo politicamente correto no contexto de uma restrita parcela da sociedade brasileira –, nos anos 70 do século passado, se constituiu por iniciativa de indivíduos e/ou grupos transversais às práticas tradicionais em saúde. Estes promoviam ações isoladas e não articuladas (somaterapia, meditação transcendental, biodança, antroposofia, entre outras) em *workshops* geralmente realizados em sítios nas proximidades dos grandes centros urbanos. Buscavam proporcionar aos participantes condições para experienciar no próprio corpo a “arte do fazer em saúde”, apreendê-la e, posteriormente, reproduzi-la em outras esferas. Como

um movimento instituinte, essas práticas eram ofertadas para um reduzido grupo de “simpatizantes” cujas demandas subsequentes conformavam o que se poderia chamar de adeptos.

Ao longo das décadas seguintes e nos primeiros anos do século XXI, foi possível verificar o fortalecimento destas práticas, tanto externo quanto internamente ao sistema público de saúde brasileiro, favorecendo a concepção ampliada do processo saúde-doença e a promoção integral do cuidado humano, principalmente do autocuidado. Situação que apontou a necessidade do Estado Brasileiro refletir sobre a sistematização de algumas destas práticas no âmbito do SUS. Essa ação se instituiu mediante a Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas.

A PNPIC estabelece entre suas dez diretrizes doutrinárias a necessidade da organização e da consolidação das práticas integrativas e complementares (PIC) no horizonte do SUS, dando sustentação ao princípio da integralidade. Salienta assim o seu caráter interprofissional e articulador com as demais políticas do Ministério da Saúde (MS), além da sua inserção em todos os níveis de atenção, especialmente, na atenção básica.

Ressalta também a importância do desenvolvimento de pesquisas que contemplem estas práticas visando ao aperfeiçoamento do processo de atenção à saúde.

O presente artigo tem por objetivo discutir os desafios teóricos, epistemológicos, metodológicos e da formação/qualificação de profissionais para o campo da saúde no momento de se colocar em prática, no âmbito do SUS, a Política Nacional das Práticas Integrativas e complementares.

Metodologicamente, este artigo origina da pesquisa “Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa: intervenções de Chi Kung e Tui-ná em uma Unidade Básica de Saúde” que analisou as transformações operadas a partir da introdução de um conjunto de práticas corporais da medicina tradicional Chinesa (Chi kung e o Tui-ná) como terapêutica. A pesquisa se constituiu na modalidade de pesquisa-ação. Adotaram-se estratégias metodológicas de adequação às situações desafiadas de um imaginário que reificavam as PIC e demonstravam desconhecimentos acerca dos seus limites<sup>3,4</sup>.

A amostra dos sujeitos da pesquisa compreendeu um grupo de 80 indivíduos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da rede SUS, em Belo

Horizonte. Este grupo foi composto de 40 servidores e 40 usuários de Grupos Operativos que abordavam as Doenças Crônicas (Diabetes e Hipertensão), a Saúde Mental e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

A relevância deste estudo se pautou na escassez de estudos no âmbito das PIC. Levou em consideração o alerta da PNPIC a cerca da importância do desenvolvimento de pesquisas na área das práticas integrativas e complementares.

As PIC e os desafios para o campo da pesquisa

No que se refere ao campo da pesquisa, o seu enorme desafio é comprovação da eficiência, eficácia e efetividade das PIC; as suas indicações e contra-indicações; os seus riscos, efeitos adversos e interações; bem como, os seus custos e benefícios. Encontramos ainda desafios relacionados à construção de espaços para a sua inserção em lócus que privilegiam o saber biomédico ocidental. Discrepâncias também foram encontradas entre diferentes práticas integrativas e complementares, pois foram constatadas carências de estudos sobre Chi Kung e Tui-na, quando comparadas ao Tai Chi Chuan<sup>5</sup>.

A importância da pesquisa no

campo das PIC é assinalada por Carvalho e Luz<sup>6</sup> quando enfatizam a urgência de constituir fundamentos teóricos e éticos para a análise destas práticas. Argumentam que esta necessidade advém de uma sociedade que se defronta com os limites teóricos da ciência. Especialmente, ao se considerar ações que ainda não correspondem aos padrões científicos vigentes e não são largamente debatidas no âmbito da formação dos profissionais.

Na perspectiva de Queiróz<sup>7</sup> o compromisso da produção científica em saúde é transcender os diversos contextos culturais, históricos e sociais e desvendar o que é caracterizado como marginal ao paradigma vigente que rejeita o que não é mensurável pelas leis matemáticas. O autor acrescenta a importância da sintonia do intelecto com questões apreendidas pela intuição e sensibilidade como o significado, o sentido e o valor para o desenvolvimento qualitativo da ciência. A pesquisa como ferramenta de avaliação, apesar de ter a sua importância instituída, no Brasil ainda é frágil do ponto de vista epistemológico.

Diante dos desafios acima relacionados, este estudo constatou a necessidade da adoção de uma modalidade de pesquisa que

investigasse a inserção das PIC e as transformações operadas no âmbito do processo de trabalho e de atenção à saúde. É neste sentido que optou-se por realizar uma pesquisa ação, metodologia já consolidada na educação, mas ainda pouco presente no campo da saúde. Desta forma, privilegiou-se uma das diretrizes da PNPIC que preconiza a necessidade de acompanhamento da inserção de outras práticas além da assistência baseada na racionalidade biomédica. Assim, a pesquisa-ação se constituiu como proximidade do que se pretendia conhecer e desvelar, e de acolhimento dos sujeitos pesquisados. Compreendeu-se, ainda como estratégia de demarcação da identidade das PIC e da liberdade de coexistência dos diferentes 'fazer' em saúde.

Ao analisarmos esta pesquisa-ação, na perspectiva weberiana<sup>8</sup>, podemos dizer que ela configurou-se como uma ação social em três níveis. O primeiro nível se constituiu com base no diagnóstico de que não havia um reconhecimento e sistematização das PIC no campo da saúde, situação que a PNPIC assume o compromisso de modificar. O segundo nível procurou compreender o sentido da sistematização, a partir da inserção destas práticas no âmbito de uma

Unidade Básica de Saúde, visando o seu aprimoramento e adequação às demandas e necessidades da realidade estudada. Por fim, o terceiro nível evidenciou as transformações operadas no processo de trabalho e de atenção à saúde por meio dessas práticas.

Foi possível também apreender as quatro categorias de racionalidades, delineadas por Weber<sup>8</sup> que interagem de maneira complementar. A primeira, a ‘racionalidade em finalidade’, se relacionou com os objetivos da pesquisa: inserir novas práticas de acordo com o princípio da integralidade; atender à demanda existente e ampliar o acesso à UBS. A segunda, a ‘racionalidade em valor’, se referiu ao valor intrínseco da ação de viabilizar novas práticas em saúde. A terceira, a ‘racionalidade afetiva’ foi permeada pela característica emocional presente na ação - “toque”, auto-conhecimento, corporeidade; e quarta, a ‘racionalidade tradicional’ se constituiu pela busca de sistematização das PIC no campo da saúde.

Evidenciou-se, também, a possibilidade que a pesquisa se constituiu para a reflexão coletiva, o que, de certa maneira, proporcionou um conhecimento mais abrangente do contexto dessas práticas e, conseqüentemente, viabilizou algumas

mudanças na realidade vigente. Outra característica favorável dessa modalidade de pesquisa foi o avanço em relação a modelos rígidos, pois sua flexibilidade viabilizou a adoção de estratégias para lidar com determinadas dificuldades de maneira mais adequada que outras formas de pesquisa “mais tradicionais”. Principalmente devido ao fato dela se configurar como possibilidade de aproximação do objeto de estudo, situando-se no paradigma da complementaridade<sup>3</sup>. Não se pensava que seria fácil, mas ao longo do processo defrontou-se com alguns obstáculos que pareciam ser maiores que a capacidade de conduzir a pesquisa. Especialmente ao considerar a inserção de práticas alternativas em saúde ainda pouco utilizadas quando comparadas às práticas predominantes subsidiadas pela biomedicina<sup>3</sup>.

#### Os desafios teóricos e metodológicos

O grande desafio para a implantação das PIC situou-se no campo teórico. Foi necessária a sistematização de um corpo de conhecimento específico, subsidiado por revisão de literatura, investigação e análise crítica das experiências de implantação, bem como, a análise crítica dos conceitos e métodos originárias das PIC. Buscou-se ainda



garantir a sua complementaridade com as práticas tradicionais em saúde.

Luz<sup>9</sup> situa as PIC como movimento contracultural que nasce nos anos 70, baseado na filosofia da promoção de saúde e na utilização de práticas terapêuticas mais naturais, menos invasivas e menos iatrogênicas. Tal situação demonstra que a sua constituição teórica é recente no âmbito do ocidente e que só assumirá um caráter transformador no campo da saúde com a experimentação.

Diante das possibilidades das PIC, Queiróz<sup>7</sup> pondera que essa construção teórica demanda vários pontos de vista de maneira a abordar e refletir a complexidade que envolve o campo da saúde, seus diversos sujeitos e suas relações sociais. Terá que avançar além da natureza unidimensional presente no paradigma científico hegemônico da atualidade. Neste caminho, Luz<sup>9</sup> realça que as práticas integrativas traduzem “um olhar integrador sobre a saúde” com um potencial mais abrangente e agregador de outras possibilidades terapêuticas.

Os desafios metodológicos revelaram-se pela forte presença de dimensões regidas pelo paradigma biomédico. Foi diante desta perspectiva que optou-se pela pesquisa-ação. Desde o início estava claro que não bastava

substituir modelos e esperar que os sujeitos da pesquisa se integrassem às novas práticas. Fazia-se necessário associar à implantação dessas práticas a disponibilização de espaços de discussão que contemplassem a sua inserção, condição diretamente relacionada à metodologia que se pretendia privilegiar. Foi necessário adotar instrumentos metodológicos que possibilitassem capturar a centralidade das PIC e construir seus pressupostos a partir do olhar, da experiência e da vivência. Optaram-se por ferramentas como a entrevista, o grupo focal, a observação livre e o Questionário de Condições Crônicas Pré-existent (QCCPE).

A entrevista semi-estruturada, individual e gravada foi realizada em dois momentos com a gerente da UBS, um anterior à introdução das práticas e outro após o seu encerramento no âmbito da unidade. Objetivou-se compreender as imagens, idéias e percepções em relação às práticas de Tui-ná e Chi Kung como técnica terapêutica e sua provável implicação na relação trabalhador – usuário<sup>10</sup>.

Os Grupos Focais também foram gravados e tiveram o mesmo objetivo que a entrevista. Pois, se constituíram como a possibilidade de entender a realidade dessas práticas sob



vários pontos de vista, considerando o papel dos diversos atores e suas explicações, a partir de questões semi-estruturadas. Diante da heterogeneidade dos sujeitos da pesquisa trabalhou-se com oito grupos focais – quatro com dez usuários e quatro com dez trabalhadores – compostos aleatoriamente. Só participaram do grupo focal os que responderam o questionário<sup>11</sup>.

Na técnica de observação livre, o pesquisador foi introduzido no ambiente em que o estudo aconteceu visando obter informações referentes às falas e às reações e expressões corporais dos sujeitos pesquisados para uma maior compreensão da inserção e da vivência das práticas na realidade da UBS<sup>12</sup>.

A aplicação do QCCPE aos trabalhadores e usuários da Unidade de Saúde visou avaliar o quadro geral de saúde destes e suas aptidões para atividades físicas. Esse instrumento foi aplicado anterior à introdução das práticas de Tui-ná e Chi Kung e após a sua conclusão. No formulário QCCPE inseriu-se um mapa corporal, onde os sujeitos assinalavam as regiões que apresentavam maior sensibilidade dolorosa. Solicitou-se ainda aos participantes a mensuração em uma escala de 0 a 10 a intensidade desta sintomatologia. A partir desta

informação acompanhou-se o nível de interferência dos exercícios em termos quantitativos.

A associação destas ferramentas favoreceu a interlocução com duas diretrizes da PNIC. Em uma delas, evidenciou-se a necessidade de “divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional”<sup>2</sup>. Neste sentido, procurou-se a partir do referencial da representação social apreender as percepções, imagens e idéias que os sujeitos da pesquisa, gestor, trabalhadores e usuários tinham em relação às PIC. As técnicas de coleta utilizadas para assimilar este conhecimento foram a entrevista, o grupo focal e a observação livre. O grupo focal colaborou também com outra diretriz da PNPIC que preconiza o fortalecimento da participação social.

Desta maneira, procurou-se ir além da técnica e trazer os diversos sujeitos da pesquisa a se perceberem como atores pensantes que sonham e desafiam os mistérios do campo da saúde a partir da contemplação e experimentação reconhecendo a vida por meio da vitalidade impressa na concepção da complementaridade.

Buscou-se, então, a partir da metodologia instituída na pesquisa enveredar deixando o caminho se fazer no caminhar. Especialmente, quando pretende-se trabalhar na perspectiva da totalidade do sujeito em suas múltiplas dimensões de maneira a capturar a complexidade e a imprevisibilidade que envolve a questão saúde, avançando além da razão, onde tudo se explica com base na certeza, na técnica e no método para assegurar o conhecimento e o controle do mundo. Pesquisadores e pesquisados delinearam as veredas que consideraram pertinentes para abordar as múltiplas possibilidades das PIC e de suas interlocuções com as práticas biomédicas. Não era mais possível dissociar o biomédico do complementar, fez-se necessário penetrarmos cada vez mais no caminho que direcionava para a abertura e para a ampliação das abordagens no campo da saúde.

Os desafios da formação e qualificação

Para o exercício das PIC, realçamos que uma das diretrizes da PNPIC enfatiza a importância do “desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS”, em concordância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente<sup>13</sup>. Nesta perspectiva, é fundamental

compreender a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde<sup>13</sup>, que modifica as estratégias educativas de maneira substancial, ao reconhecer o labor em saúde e a vida cotidiana como bases do conhecimento. O processo educativo se sustentou em análises reflexivas e problematizações da situação de trabalho e de atenção à saúde, abrangendo toda a equipe. Pretende-se analisar e reorientar criticamente as práticas já existentes, bem como, desenvolver novas habilidade e novos acordos entre gestores, trabalhadores e usuários.

Diante do rápido aumento do interesse público e do uso de terapias alternativas e complementares exige-se a constituição de projetos políticos e pedagógicos voltados para a formação e qualificação do profissional no âmbito das PIC. Faz-se necessário que esta relação profissional/formação em PIC se construa a partir da absorção de novas categorias que atuam no campo da saúde consolidando a perspectiva da multidisciplinaridade.

Os desafios no âmbito da epistemologia

Em relação aos desafios epistemológicos, o compromisso assumido pelos pesquisadores se pautou na ciência como o lugar próprio do conhecimento e das múltiplas verdades

que a sustentam e, como tal, é instauradora de uma racionalidade. Foi a partir de pressupostos epistemológicos que se instituiu a pesquisa acima descrita, como tática de investigação que visa legitimar a partir dos preceitos científicos, um conjunto de práticas corporais da medicina tradicional chinesa - Chi kung e o Tui-ná como práticas terapêuticas e na relação usuário – profissional. Principalmente, quando se reconhece as práticas integrativas como fundadoras de outra racionalidade, que segundo Luz<sup>9</sup> é importante concebê-las como “formulações teóricas ou expressões simbólicas social e culturalmente construídas para lidar com fenômenos” relativos ao campo da saúde e da vida. E, não como uma técnica substitutiva ou de melhor qualidade, mas com um sentido de demarcar a coexistência com o paradigma biomédico.

Ressalta-se, assim, a complexidade que contempla os sistemas médicos e os recursos terapêuticos pertencentes ao campo das Práticas Integrativas e Complementares. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e de recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no

desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

A racionalidade que permeia estas práticas vem buscando se consolidar no campo da saúde desde o início das discussões referentes à concepção da Promoção da Saúde. Este conceito de saúde propõe a diminuição da medicalização e amplia seu foco em concepções que vão além da ausência de doença. Indivíduos e coletividades passam a ser vistos de maneira complexa/plural solicitando do Estado ações intersetoriais que envolvam os determinantes sociais da saúde. Considera-se como determinantes sociais da saúde, as condições ambientais, culturais e socioeconômicas presentes em determinada comunidade e os relacionam com as condições de vida e trabalho, entre elas educação, habitação, saneamento, serviços de saúde e a trama de redes sociais e comunitárias. Condições que definem o modo de viver de cada grupo ou sujeito.

O grande desafio epistemológico é a sustentação de uma convivência democrática entre estes diferentes paradigmas. Sendo necessário ultrapassar a postura positivista do modelo biomédico que instaura uma divisão rígida entre sujeito e objeto, em que, quanto maior a distância emocional

do paciente, maior a objetividade. Mas ao mesmo tempo, procura evitar excluir a razão e os princípios básicos da ciência, e, sim, pautá-los em atributos como a sensibilidade, a intuição, o aspecto emocional, no relacionamento médico/paciente. Enfatiza-se assim o indivíduo como uma totalidade que compreende, além de seu corpo, sua interação social e familiar, suas crenças e valores, sua atitude diante da vida e da morte, sua noção de identidade, suas emoções, sua vida afetiva e sexual, seu trabalho e sua história pessoal<sup>6</sup>.

Na pesquisa realizada observou-se que a inserção do paradigma da complementaridade ocorreu de forma tranquila, diferindo do que geralmente acontece, segundo a percepção dos sujeitos da pesquisa. As diferenças com a biomedicina ocidental têm desvelado campos de embate neste processo que passam pela comprovação científica do efeito terapêutico das práticas, bem como, pela condução das práticas terapêuticas por profissionais que não possuem qualificação formal na área da saúde.

Ressalta-se, ainda, que a introdução das práticas corporais no SUS provocou a interface de pelo menos dois conceitos importantes para entender/discutir o lugar das PIC no campo da saúde coletiva. São eles, o da

racionalidades médicas trabalhado por Luz<sup>9</sup> e o da Corporeidade Aprendente, segundo Moreira<sup>14</sup>.

O primeiro conceito, relativo à racionalidade médica, será trabalhado na perspectiva menos tradicional de Luz<sup>9</sup>. A autora assinala que a razão não pode ser a única fonte de conhecimento e de ação, mas sim como base para a sistematização das ações para certos fins ou valores, desde que respeitados os diversos aspectos que os circunscrevem, tanto econômicos como subjetivos. Entre seus produtos encontram-se a ação, os princípios e critérios que a regulam, além dos processos avaliativos que julgam a confiabilidade do conhecimento. As autoras ainda avançam em relação ao conceito tradicional de racionalidade científica, ao não considerarem como “irracional” o que não se enquadra nos padrões tradicionais de análise. E, apontam que as particularidades contextuais inerentes ao campo da saúde têm exigido um olhar e um cuidado diferenciados sobre o processo saúde/doença a partir de outras culturas além da conduta biomédica mecanicista ocidental.

No âmbito da saúde, Luz<sup>9</sup> compreende a racionalidade médica tradicional a partir dos tipos ideais weberianos, em “cinco dimensões

teórico/práticas complexamente estruturadas em termos de sentidos e significados, comparáveis termo a termo ou globalmente”. Essas dimensões são caracterizadas como modelos ideais típicos e apresentam congruência com a realidade em saúde: a morfologia humana no âmbito da anatomia; a dinâmica vital descrita pela fisiologia; a doutrina médica pautada nos conceitos de doença, tratamento e cura; o sistema diagnóstico que busca a partir de procedimentos identificar uma situação de adoecimento; e o sistema terapêutico que consiste na adoção de procedimentos visando obter a reversão do adoecimento ou a cura.

Este nível de compreensão demonstra que a abordagem que sustenta as práticas integrativas e complementares vai além do que tem se pautado a racionalidade acima, de natureza biomédica. Barros<sup>3</sup> estabelece que a prática em saúde pode ser caracterizada como biomédica, alternativa e complementar/integrativa. Quando a prática associa técnicas terapêuticas biomédicas com as denominadas alternativas, entende-se que ela é complementar. Enquanto que, no caso de uma articulação de paradigmas entre as racionalidades biomédica e alternativa, entende-se como prática integrativa. Nesta direção,

a pesquisa-ação realizada na UBS buscou sustentar a sua investigação na abordagem ampliada Barros<sup>3</sup> caracterizada como “analítico-racional e sintético-intuitiva”, ambas baseadas na compreensão, aproximando desta maneira, do modelo complementar.

Para além da técnica, as terapêuticas empreendidas na UBS proporcionaram um diálogo entre terapeuta e sujeito da pesquisa. Foram indicadas também leituras sobre o processo de saúde/doença contemplando a perspectiva dos opostos complementares da medicina tradicional chinesa - a teoria do Yin e do Yang. De forma dialética, Luz<sup>15</sup> afirma que toda e qualquer coisa ou evento podem ser concebidos como um estado particular de yin/yang, sempre de forma relativa. Se yin e yang se alternam, há harmonia e saúde. Se o círculo se imobiliza, levando ao predomínio exagerado de um sobre o outro, sobrevêm o caos, o adoecimento.

A importância deste equilíbrio foi demarcado pelos diversos sujeitos da pesquisa que o relacionaram à inserção das práticas que também trouxe à luz estratégias de autoconhecimento ligadas fortemente à questão da corporeidade. A mudança de olhar sobre o corpo ficou evidente e realçou a necessidade de se trabalhar a corporeidade a partir de uma

leitura filosófica do corpo tratando-o como base para a percepção existencial de indivíduos e coletividades. Não mais percebendo-o como um instrumento/máquina que precisa ser concertado para continuar funcionando quando sofre algum problema/doença. Mas, visando contemplar todas as dimensões do humano sem a predominância de um aspecto sobre outros de maneira a permitir ao sujeito ter a chance de pensar o mundo, o outro, a si mesmo gerando sentido à sua existência. Entendendo-a como em permanente construção, sempre sujeita as novas interrogações, pois o sujeito representa uma interseção instável e passageira entre corpo e linguagem<sup>14</sup>.

A pesquisa-ação mostrou como os conceitos de racionalidade e corporeidade podem dialogar. O toque, com base na racionalidade médica oriental, gerou conforto e prazer. O corpo se tornou objeto privilegiado de terapêuticas articuladas - massoterapia e respiração que associadas a uma escuta diferenciada trouxe repercussões favoráveis ao processo de acolhimento. Os exercícios que favoreceram o auto conhecimento se configuram como um passo importante para o sujeito assumir seu protagonismo na vida. O toque, a respiração e exercícios amparados em outra racionalidade médica assumiram,

então, o caráter de uma ação pedagógica que proporcionou aos sujeitos da pesquisa pensarem em si e o que está ao seu redor.

A centralidade que o corpo assumiu nesta investigação não correspondeu à imagem da corporeidade de nossa cultura, caracteristicamente, racionalizada, cientificizada e industrializada, que em nada garante o diálogo do sujeito com seu corpo. Ao contrário, o reduz a um objeto de uso, de utensílio, uma ferramenta a ser usada segundo a vontade de cada um, ou conforme os interesses econômicos, políticos e ideológicos de outros grupos. O corpo é um acessório/máquina que pode se tornar empecilho para a felicidade quando sua forma não atende aos apelos da mídia, um corpo com certa frequência indesejável diante dos padrões hegemônicos<sup>16</sup>.

De acordo com Moreira<sup>14</sup>, o corpo deixa de ser nosso para obedecer às orientações políticas e econômicas homogêneas de uma globalização perversa. Segundo Gallo<sup>17</sup>, este distanciamento do corpo, esta falta de diálogo se mostra como marca do nosso tempo. A ausência deste diálogo não apenas nos leva a perder a autonomia/protagonismo sobre a nossa saúde/doença como também deixamos

de ser cidadãos plenos e somos reduzidos à categoria de consumidores.

Segundo Crossley<sup>18</sup>, Merleau-Ponty permite-nos entender o corpo com uma dimensão que a ultrapassa a de objeto cartesiano. Possibilita-nos compreender que os agentes-sujeitos humanos são corpos e que os corpos são seres *sensible-sentient*, comunicativos, práticos e inteligentes. Merleau-Ponty define a subjetividade como um fenômeno social e intersubjetivo, um engajamento de sensível sentimento com o mundo e uma abertura ao mundo, assumindo uma forma incorporada e cultural, que assenta num *habitus* social comum e que está disponível publicamente. Assim, o social não pode ser pensado como um objeto, por cima dos sujeitos sociais, ou como objeto de pensamento. É antes, uma estrutura intersubjetiva concreta, reproduzida através da ação incorporada. Consiste em locais de significado partilhado e em interação mútua, mesmo que conflitual, em que os corpos agem e são passivos de ação sobre eles. São agentes e alvos de poder.

Esta concepção de corpo não possui orientação de mudança na perspectiva do paradigma biomédico ocidental e da sociedade capitalista de consumo que possui o econômico como dominante exclusivo. E, segundo

Moreira<sup>14</sup> o resultado desta realidade sobre o corpo tem sido explicitado no crescimento das estatísticas de doenças crônicas ligadas ao sedentarismo e de distúrbios emocionais, principalmente, no ambiente de trabalho. No contexto pesquisado, a realidade laboral de uma alta demanda de trabalho, equipe numericamente deficitária e condições estruturais não muito adequadas impedem que o trabalhador escute os ruídos do seu corpo que age mecanicamente. Indo de encontro ao que Crossley<sup>18</sup> associa à Fenomenologia da Percepção em Merleau-Ponty, na qual a percepção ocorre no mundo e não na mente, constituindo-se como uma experiência incorporada. A percepção é uma representação externa de um mundo exterior, baseia-se no comportamento, em ver, ouvir, tocar, por exemplo, enquanto formas de conduta baseadas em hábitos laborais adquiridos. Não é experienciada, é a base mesma da experiência. Experienciamos através da nossa incorporação sensível e sensorial. O nosso corpo é o nosso modo de ser(estar)-no-mundo, como exemplificado quando dizemos que "nos" dói o pé: o corpo é o terreno da experiência e não objeto dela.

A vivência na UBS contemplou, a nosso ver, na perspectiva da ação



social em Weber<sup>8</sup>, ações instrumentais e tradicionais. A primeira está relacionada a ações planejadas e tomadas após avaliado o fim em relação a outros fins, e após a consideração de vários meios e consequências para atingi-los. Nesta, encaixa-se o próprio projeto de pesquisa que buscou certificar-se do impacto gerado pela inserção de PIC no SUS. A segunda caracterizou-se por ações baseadas na tradição enraizada que pode se tornar um artefato tradicional. Neste tipo de ação social esteve presente a origem tradicional das práticas usadas no projeto. Apesar de exógenas, foram práticas que possuíam referência em valores culturais consolidados em longa duração histórica. Ações que geraram algum tipo de interferência que contribuiu para a percepção de que o indivíduo não é passivo, mas, potencialmente ativo e reativo. Condição importante para a consolidação de uma conduta moral e intelectual em determinada coletividade que provocou mudanças proativas no ambiente social como participação mais crítica/protagonista/autônoma nos espaços democráticos de debate como os Conselhos de Saúde, a própria UBS, a família, a escola e o trabalho.

Em documentário ao final de sua vida, o geógrafo Milton Santos foi questionado se a humanidade teria jeito

com tantas iniquidades que são perpetuadas ao longo do tempo. Sua resposta veio acompanhada de um olhar profundo para a câmera ao dizer que ainda não tínhamos chegado à humanidade. Esta afirmativa nos incita à reflexão do longo caminho a percorrer e quais as possibilidades de aproximação deste princípio. Diante das respostas à inserção das PIC na UBS estudada, é possível reconhecê-las como uma destas probabilidades.

### Considerações Finais

A regulamentação da PNPIC se constituiu como uma política fundamental de consolidação da integralidade na atenção à saúde e, conseqüentemente, do SUS. Nesta perspectiva, assumiu um caráter técnico, social, econômico e político. Com este compromisso, o Ministério da Saúde buscou oferecer uma resposta à crescente demanda da população pelas práticas integrativas, anteriormente, disponibilizadas apenas no âmbito privado.

Durante a investigação evidenciou-se uma elevada credibilidade quanto ao potencial de cura destas práticas e de sua capacidade de prevenção de várias doenças. Tal achado exigiu a abertura de espaços que viabilizem discussões conceituais e

metodológicas acerca de sua aplicação envolvendo aspectos éticos e técnicos.

O desenvolvimento da pesquisa-ação referente às práticas da medicina tradicional chinesa - Chi kung e o Tui-ná – realizadas na UBS foi além da intenção de um projeto de pesquisa *stricto sensu*. Proporcionou um espaço de ação social por meio de uma práxis diferente ao universo da biomedicina e estimulou mudanças na realidade social. Em nove meses de inserção destas práticas, foram consolidadas ações avaliadas positivamente que abrangeram as esferas do afeto e do auto-cuidado. Práticas que provocaram o encontro com o próprio corpo, com o outro, seja pelo toque, pela escuta, seja pela palavra de apoio que contribuiu para a conquista de um espaço mais humanizado. Os sujeitos que participaram do projeto saíram diferentes, multiplicadores de outras possibilidades de atendimento que aproximam os cidadãos do serviço de saúde na busca de promoção da saúde e não somente na cura de doenças.

No entanto, o estudo explicitou a complexidade destas práticas que além de envolver tecnologias eficazes e seguras, procuram a partir de uma escuta acolhedora trabalhar a singularidade de cada sujeito, a partir do autoconhecimento e da corporeidade,

respeitando a sua dimensão global, isto é, a sua integridade. Privilegiou-se, então, a centralidade do sujeito. Abordagem que ampliou as possibilidades de vínculo, auto-cuidado e co-responsabilização, e de exercício da cidadania, pouco contempladas no âmbito da racionalidade médica ocidental. Diante deste contexto, evidenciou-se a necessidade de superação de desafios teóricos, epistemológicos, metodológicos e no âmbito da pesquisa e da formação e qualificação dos trabalhadores. Tudo isso é condição indispensável para o fortalecimento da gestão, implementação e integração destas novas práticas de cuidado no âmbito do SUS, bem como, para a sua coexistência com as relacionadas ao paradigma biomédico.

Faz-se necessário, então, refletir e propor ações que favoreçam a superação dos desafios impostos às PIC, de modo que se possa ir ao encontro de uma epistemologia sustentada na complementaridade, que privilegie as diversas racionalidades e as várias realidades, muitas vezes obscuras ou inimaginadas, explorando seus potenciais de diálogo.

#### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. 1º

Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Brasília; 2008. Projetos, Programas e Relatórios; 2008. p.196.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 971, de 3 de maio de 2006 . Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2006.

3. Franco MAS. Pedagogia da Pesquisa-ação. Revista da Educação e Pesquisa. set/dez 2005. 31(3):483-502.

4. Barros NF. A Construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Hucitec; 2008. p.311.

5. Barrow DE, Bedford A, Ives G, O'Toole L, Channer KS. An evaluation of the effects of Tai Chi Chuan and Chi Kung training in patients with symptomatic heart failure: a randomised controlled pilot study. Postgrad Med J. 2007 Jul. 83(985):717-21.

6. Carvalho MCVS, Luz MT. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. Interface – Comunic.

Saúde, Educ. 2009 Abr./Jun. 13(29): 313-26.

7. Queiróz MS. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2000 Abr/Jun. 16(2): 363-75.

8. Weber M. Conceitos Sociológicos Fundamentais. In: Weber M. Metodologia das Ciências Sociais. São Paulo: Cortez; 2001. p.399-429. 2.v

9. Luz M. Prefácio In: Nascimento MC. As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec; 2006, p.11-6.

10. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2009. p. 175.

11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p.406.

12. Minayo MCS. Deslandes SF. Neto OC. Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p.80.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e

da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2006. p. 64; Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde. 2006. v. 9.

14. Moreira WW. Corporeidade Aprendente: a complexidade do aprender viver In: Moreira WW. Século XXI: a era do corpo ativo. São Paulo: Papirus; 2006. p.137-54.

15. Luz D. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica In: NASCIMENTO, MC. As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 83-142.

16. Santini S. Perspectivas na visão da corporeidade. In: MOREIRA, W.W. Século XXI: a era do corpo ativo. São Paulo: Papirus; 2006. p. 83-102.

17. Gallo S. Corpo Ativo e a Filosofia. In: MOREIRA, W. W. Século XXI: a era do corpo ativo. São Paulo: Papirus; 2006. p.18-57.

18. Crossley N. Merleau-Ponty, the

Elusive Body and Carnal Sociology. Body and Society. Mar.1995; 1(1):43-63.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2014-04-04

Last received: 2014-04-04

Accepted: 2014-04-05

Publishing: 2014-09-30